SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ANTIOQUIA
COMPLEJO TECNOLOGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURISTICO-ANTIO

Código Regional	**5**
Código Centro	**950410**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2020**
Versión	**MAYO 2020 - 4,20**
ID de Proceso	**90515-501383**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: CLIPTON ALEXANDER PALACIOS SALAS
Correo electrónico contratista: cpalacioss@sena.edu.co
C.C. 11.800.396 **IP/Nº de contacto** 3117449154

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 64567587647

Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? NO **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000** NO

Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: NO

Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: SI

Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: SI

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1403260/2020 **Nº Compromiso SIIF** 31020

Valor Total del Contrato	$ 31.948.638	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 25.471.079	**3**	**Del**	**01/05/2020**	**Al** **31/05/2020**	**$ 3.293.674,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 22.177.405		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.293.674		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.293.674**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.070.005**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4337314722**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.317.470	$ 1.317.470
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 164.700	$ 164.700
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 39.600	$ 39.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.900	$ 6.900
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 329.367	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 690.002	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.070.005,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.089.374,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
Aporte Voluntario Dec. 568/2020	0,00	0,000%
Jaime Isaza Cadavid	13.175,00	0,400%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.280.499,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Desarrollo de la competencia comprender textos en inglés en forma escrita y auditiva
Trabajo sobre los resultados relacionados con la competencia

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

CLIPTON ALEXANDER PALACIOS SALAS
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

JOSE ROMALDO MOSQUERA GIRALDO
INSTRUCTOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

ELKIN HUMBERTO GRANADA JIMENEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	11800396
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CLIPTON ALEXANDER PALACIOS SALAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	CL 25 11-33	TELÉFONO:	6717742
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4337631086**	TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/05/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9990282548
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		4337314722	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2020/05/14

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ 1.200
SUBTOTALES:										**$ 1.200**	**$ 0**	**$ 1.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 4.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.800	$ 0	$ 0	$ 4.800
SUBTOTALES:													**$ 4.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 4.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 200	$ 200	$ 0	$ 0	$ 200
SUBTOTALES:									**$ 200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 200**

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 11800396	PALACIOS SALAS CLIPTON ALEXANDER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.279.100				NO							A										
2	CC 11800396	PALACIOS SALAS CLIPTON ALEXANDER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.317.470				NO							C										
3	CC 11800396	PALACIOS SALAS CLIPTON ALEXANDER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.317.470				NO							R										

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 1.279.100	$ 38.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 38.400
2	230301-PORVENIR	30	$ 1.317.470	$ 39.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 39.600
3	230301-PORVENIR	0	$ 38.370	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.200

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.279.100	$ 159.900	$ 0	$ 159.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.279.100	11800396	$ 6.700
2	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.317.470	$ 164.700	$ 0	$ 164.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.317.470	11800396	$ 6.900
3	EPS037-NUEVA EPS	0	$ 38.370	$ 4.800	$ 0	$ 4.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	0	$ 38.370	11800396	$ 200

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 6.200**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	11800396
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CLIPTON ALEXANDER PALACIOS SALAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	CL 25 11-33	TELÉFONO:	6717742
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4337314722**			TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO	2020
DÍAS DE MORA:		0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/05/14		NÚMERO AUTORIZACIÓN:				9990237703

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 38.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 38.400	$ 0	$ 38.400
SUBTOTALES:										**$ 38.400**	**$ 0**	**$ 38.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 159.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 159.900	$ 0	$ 0	$ 159.900
SUBTOTALES:													**$ 159.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 159.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.700	$ 6.700	$ 0	$ 0	$ 6.700
SUBTOTALES:									**$ 6.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 6.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD						ARP					DIAS COT	IBC	CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 11800396	PALACIOS SALAS CLIPTON ALEXANDER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.279.100				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.279.100	$ 38.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 38.400	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.279.100	$ 159.900	$ 0	$ 159.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.279.100	11800396	$ 6.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 205.000**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Apartado Antioquia,14 de mayo de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1077999098	**NICOLE VALERIA PALACIOS SUAREZ**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

_____
FIRMA

Nombre: Clipton Alexander Palacios Salas

C.C. 11800396

REPÚBLICA DE COLOMBIA

18 + 5

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1077999098

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40183296

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 0 1 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 33 0 1

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

X X X X X X X X X X X COLOMBIA CHOCO QUIBDO X X X X X X X X X

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
X X X X X X PALACIOS X X X X	X X X X X SUAREZ X X X X X

Nombre(s)

X X X X X X X X X X X X NICOLE VALERIA X X X X X X X

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2006 Mes 08 Día 28	FEMENINO		

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

X X X X XOLOMBIA CHOCO QUIBDO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS X X X

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO!	7296492

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

X X X X X X X X X SUAREZ CAICEDO ANGELA YOANNA X X X X X X X X

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI # 88072253579	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

X X X X X X X X PALACIOS SALAS CLIFTON ALEXANDER X X X X X X X

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C # 11800396 DE QUIBDO	COLOMBIANA

Datos del declarante

X X X X X X X X PALACIOS SALAS CLIFTON ALEXANDER X X X X X X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C # 11800396 DE QUIBDO	x Clifton Alexander Palacios

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2006 Mes 09 Día 22	LUCY DEL S. SALAZAR LENIS

Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
x Clifton Alexander Palacios Salas	LUCY DEL S. SALAZAR LENIS
Firma	Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

Se registra hijo natural inscrito a folio#135 del libro de varios tomo#3 del 2006

LUCY DEL S. SALAZAR LENIS
NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE QUIBDO(E)

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —